

LOUISIANA MEDICAID

Solicitud General

Use este formulario para solicitar cualquier programa de Medicaid, excepto por Long Term Care Medicaid (Nursing Facility and Home and Community Based (HCBS) Waiver services). Long Term Care Medicaid (para cuidados de larga duración) tiene una solicitud especializada. Para solicitar Long Term Care Medicaid, llene una 1-L o llame al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY llame al 1-800-220-5404.

Cómo solicitar:

1. **Llene y firme esta solicitud. Use tinta negra.** Si necesita espacio adicional para responder, use una hoja de papel.
2. **Obtenga los comprobantes que necesitamos.** Vea una lista en la página 8.
3. **Envíenos la solicitud y los comprobantes.** Envíelos a P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 o por fax a nuestro fax gratuito 1-877-523-2987. Usted también puede llevarlos **O** enviarlos por fax a la oficina de Medicaid local o a un centro de solicitudes. Para encontrar la oficina más cercana llame al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY llame al 1-800-220-5404. **Envíe esta solicitud inmediatamente. Nosotros le daremos más tiempo para enviarnos los comprobantes.**

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____
¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

1. ¿Dónde obtuvo esta solicitud de Medicaid?

- Oficina de Medicaid Hospital Farmacia Oficina del Doctor Amigo/familiar Internet
 Escuela Oficina de Family Support (Estampillas de comida) Oficina de Salud Pública (Unidad de Salud)
 Oficina del Seguro Social Negocio (tienda, trabajo) Festival/Feria de Salud Otro: _____

2. Cuéntenos sobre usted.

Nombre _____ Masculino Femenino
Apellido de soltera _____
Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____
Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/Separado/a
Raza/Antecedentes étnicos (No tiene que contestar. Puede marcar más de uno): Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

3. Díganos cómo contactarlo/a.

Dirección de Correo _____ Apartamento/Lote # _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección donde vive (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Condado donde vive _____ Teléfono de su casa (_____) _____
Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____
Dirección de E-mail _____
El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. _____

4. ¿Está solicitando para usted? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 5

¿Dónde nació usted? Ciudad _____ Estado _____ País _____
Nombre de su madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____
Apellido de soltera de su madre _____
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí – Pase a la pregunta 5 No – Llene abajo
¿Es usted un residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____
Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): A _____

5. Díganos sobre las personas que viven con usted (incluya niños menores de 19 años, padres de los niños y su esposo/a). Nadie vive conmigo – Pase a la pregunta 6

A. Nombre _____ Masculino Femenino
Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____
Esta persona es mi: Esposo/a Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____



Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a Medicaid al 1-888-342-6207.
Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al
1-800-220-5404. THESE CALLS ARE FREE.

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona? Sí – Conteste las siguientes preguntas No – Pase a la **B**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos? Sí – Pase a la **B** No – Responda estas preguntas

¿Es residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): **A** _____

B. Nombre _____ Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____

Esta persona es mi: Esposo/a Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona? Sí – Conteste las siguientes preguntas No – Pase a la **C**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos? Sí – Pase a la **C** No – Responda estas preguntas

¿Es residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): **A** _____

C. Nombre _____ Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____

Esta persona es mi: Esposo/a Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona? Sí – Conteste las siguientes preguntas No – Pase a la **D**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos? Sí – Pase a la **D** No – Responda estas preguntas

¿Es residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): **A** _____

D. Nombre _____ Masculino Femenino

Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____

Esta persona es mi: Esposo/a Hijo/a Hijastro/a Nieto/a Otro: _____

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno): Blanco Negro Asiático
 Indio Americano o nativo de Alaska Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona? Sí – Conteste las siguientes preguntas No – Pase a la **6**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos? Sí – Pase a la **6** No – Responda estas preguntas

¿Es residente legal permanente? Sí No Fecha de entrada al país _____

Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): **A** _____

6. ¿Tiene alguien un esposo/a que ha fallecido? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 7

¿Quién tiene un esposo/a fallecido/a? _____

Díganos sobre el esposo/a fallecido/a. *Si es más de uno/a, use una hoja aparte.*

Nombre _____ Paterno _____
 Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____
 Fecha de fallecimiento (mes/día/año) _____ ¿Ha sido abierta una sucesión? Sí No
 ¿Veterano? Sí No ¿Retirado del ferrocarril? Sí No ¿Divorciado del solicitante? Sí No
 Fecha y condado del divorcio _____

7. ¿Está alguien embarazada? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 8

¿Quién está embarazada? _____ Fecha de parto estimada _____
 ¿Espera más de un bebé? Sí No

Responda la pregunta 8 para solicitante menores de 65 años.

8. ¿Tiene alguno de los solicitantes una discapacidad? (No tienen que estar recibiendo pagos del Seguro Social para responder que sí) Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 9

A. ¿Quién tiene la discapacidad? _____ ¿Cuándo comenzó? _____
 ¿Cuál es la discapacidad? Cuéntenos sobre ella. _____

¿Fue la discapacidad causada por un accidente? Sí No
 ¿Han solicitado discapacidad del Seguro Social o SSI? Sí – Fecha de solicitud _____ No
 ¿Ha sido tomada una decisión? Sí – Fecha de decisión _____ No
 ¿Cuál fue la decisión? Aprobado Rechazado
 ¿Ha cambiado la condición médica o discapacidad desde que solicitó con el seguro social? Sí No
 Si contestó sí, explique. _____

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden al/a la solicitante.
Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte

Nombre del doctor, hospital u otro proveedor médico	Dirección y número de teléfono del proveedor médico

B. ¿Es la discapacidad cáncer de cervix o cáncer de pecho? Sí – Lea y complete abajo No – Pase a la pregunta 9

Louisiana’s Breast and Cervical Cancer Program (Programa de Cáncer de Pecho y Cervix de Louisiana) es sólo para **mujeres** que han sido examinadas bajo el Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Pecho y Cervical del CDC (Centros para el Control de Enfermedades) y fue determinado que necesita tratamiento para cáncer de pecho o cervical, incluyendo condiciones precancerosas.

¿Tiene usted comprobantes de la evaluación y del diagnóstico del Early Detection Center (Centro de Detección Temprana)? Sí No

Si **No**, por favor contacte al Programa de Detección Temprana de Louisiana al 1-888-599-1073 para obtener los comprobantes. **Usted no tiene que esperar los comprobantes, solicite ahora. Una evaluación es requerida para ser apto para cobertura de Medicaid bajo este programa.**

9. ¿Tiene alguien Medicare? *La tarjeta de Medicare se ve así.* _____ →
 Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 10

Nombre _____ Número de Medicare _____
 Nombre _____ Número de Medicare _____



10. ¿Ha perdido el Medicare alguno de los solicitantes? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 11

Nombre _____ Número de Medicare (en la tarjeta de Medicare) _____

11. ¿Tiene alguno de los solicitantes seguro médico, suplemento de Medicare, o plan de medicinas recetadas de Medicare? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 12

Si hay más de un seguro, utilice una hoja aparte.

¿Quién tiene seguro? _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha inicial de cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Cubre: Hospital Doctor Medicina Dental Ambulancia Embarazo Planificación de familia

¿Cuánto cuesta al mes? _____ ¿Es este seguro a través de un trabajo? Sí No

→ *Si el seguro es a través de un trabajo, Medicaid podría ayudarle a pagar las cuotas con el programa LaHIPP.*

Llame al 1-866-362-5253 o visite www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov para más información.

12. Si alguno de los solicitantes no tiene seguro médico ¿podría tener seguro médico bajo la póliza de alguien más? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 13

Díganos bajo la póliza de quién. _____ Número de teléfono de ellos (_____) _____

13. ¿Trabaja alguien? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 14

¿Quién trabaja?	Nombre y número de teléfono del empleador	¿Negocio propio?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?	¿Se ofrece seguro?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

14. ¿Recibe alguien dinero de:

- Seguro social • SSI • Manutención marital • Dinero de amigos/familiares • Retiro • Derechos
- Worker's Comp (compensación de trabajadores) • Desempleo • Retiro del Ferrocarril
- Renta de otras propiedades • Anualidades • Beneficios de veterano • Manutención infantil (nombre del niño) • Algo más (díganos)

Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 15

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:

15. ¿Ha solicitado alguien ayuda del seguro social o beneficios de veterano pero no se los otorgaron todavía? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 16

¿Quién? _____ ¿Qué es? _____

16. ¿Ha recibido beneficios de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) alguno de los solicitantes?

Sí – ¿Quién? _____ No – Pase a la pregunta 17

17. ¿Paga alguien por el cuidado de niños o de un adulto discapacitado para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 18

Nombre del niño/s o adulto que recibe el cuidado _____

¿Quién lo paga? _____ ¿Cuánto paga al mes? _____

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados _____

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados _____

Ciudad _____ Número de teléfono (_____) _____

¿Recibe ayuda para pagarlo de alguien o de algún programa? Sí – ¿Cuánto? _____ No

18. ¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte?

Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 19

Nombre de la persona que lo paga _____

¿Cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

19. ¿Tiene algunos de los solicitantes facturas médicas (pagadas o sin pagar) por servicios de los últimos tres meses? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 20

Si son más de 4 utilice una hoja aparte.

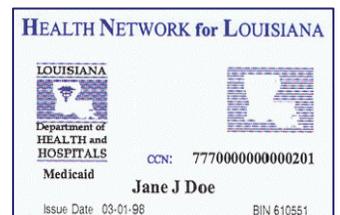
Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor médico	¿Quién recibió estos cuidados?	Fecha del servicio	Costo total del servicio	Balance sin pagar

20. ¿Ha recibido Medicaid en Louisiana antes alguno de los solicitantes?

Sí – Complete abajo No *La tarjeta de Medicaid se ve así* →

Si usted o ellos todavía tienen la tarjeta plástica, puede utilizar la misma tarjeta. No le enviaremos tarjetas nuevas si usted no las pide.

¿Quién necesita la tarjeta nueva? _____



NO responda la pregunta 21 si usted está solicitando para una mujer embarazada o para niños menores de 19, SOLAMENTE. Firme la solicitud en la página 7 y vea la lista de los comprobantes que necesitamos en la página 8.

21. Díganos sobre las cosas que posee en preguntas A-J. Responda Sí o No en cada una

A. Cuentas de banco y certificados de depósito (CDs)? Sí – Complete abajo No – Pase a la B

Si son más de 4, utilice una hoja aparte.

Tipo de cuenta	¿De quién es?	Nombre del banco o Credit Union (banco de sindicato)	Número de cuenta	¿Cuánto hay en la cuenta?
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				

B. Cuentas de anualidades y/o retiro (IRA (cuenta de retiro individual), Keogh, 401-K) Sí – Complete abajo No – Pase a la C

¿A quién le pertenece? _____

Número de cuenta(s) _____ ¿Cuánto vale? _____

¿Se reciben pagos regularmente? Sí – ¿Cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ No

Si **no**, ¿se pueden recibir pagos regulares? Sí No

¿Se puede hacer un retiro de todos los fondos? Sí No No sé

C. ¿Caja/s de seguridad o de depósito? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta D

¿A quién le pertenece? _____

Nombre del banco o Credit Union (banco de sindicato) _____

¿Qué hay dentro de la caja o cajas? _____

¿Cuál es el valor de los artículos que están en la caja/a? _____

D. ¿Seguro de vida o de entierro? Sí – Complete abajo No – Pase a la E

Si son más de 4, utilice una hoja aparte. No necesitamos saber sobre term life insurance (seguro de vida limitado). Si tiene dudas, complete el cuadro.

¿Quién tiene seguro?	Dueño de la póliza	Compañía de seguros	Valor real	Número de póliza

E. ¿Hay dinero reservado en una cuenta de banco para entierro o un contrato de entierro acordado previamente? Sí – Complete abajo No – Pase a la F *Si son más de 2, utilice una hoja aparte.*

¿Quién lo posee?	¿Para el entierro de quién?	Nombre del banco/credit union/casa funeraria	¿Cuál es el valor?

F. Automóviles, camionetas, botes, campers, motocicletas, ATVs? Sí – Complete abajo No – Pase a la G *Si son más de 3, utilice una hoja aparte.*

Dueño	¿Qué es?	Marca, tipo y modelo	¿Cuánto vale?	¿Cuánto se debe del valor?

G. ¿Propiedad en la que usted no vive, como propiedad heredada (dividida o no dividida), propiedad fuera del estado, o una segunda casa? Sí – Complete abajo No – Pase a la H

¿A quién le pertenece? _____

¿Qué porción le corresponde a usted de la propiedad dividida/no dividida? (como 1/4, 1/2) _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre la propiedad (ubicación, tamaño del lote, número de acres, los edificios en la propiedad). _____

H. ¿Artículos del espacio de entierro como lote de cementerio, espacio para tumba, cripta, mausoleo, bóveda, ataúd, urna, nicho, marcadores de entierro, placa recordatoria, y costos de apertura/cierre de tumba no cubiertos por el contrato de entierro acordado previamente?

Sí – Complete abajo No – Pase a la I

¿A quién le pertenece? _____

¿Para el entierro de quién? _____ ¿Está completamente pagado? Sí No

¿Qué es? _____

¿Cuál es el valor? _____

I. ¿Tiene alguien un fideicomiso? Sí – ¿Quién? _____ No – Pase a la J

(¿Qué es un fideicomiso? – Un fideicomiso es una relación legal en la cual una persona llamada “trustee” (administrador) administra el dinero y otras posesiones para el beneficio de otra, llamada “Beneficiary” (beneficiario). El fideicomiso debe ser válido bajo las leyes del estado. El documento del fideicomiso debe especificar como se administrarán las posesiones y el dinero encomendado. Puede ser establecido a través de un testamento.)

J. ¿Hay algún otro bien que se posee (como dinero en efectivo, acciones (stocks), bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos (mutual funds), o cualquier otra cosa de valor)? Sí – Complete abajo No – Firme en la próxima página

¿Quién lo posee? _____

¿Qué es? _____

¿Cuál es el valor? _____

Este es el final de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO: Usted declara que la información proveída en esta solicitud sobre ciudadanía y estado migratorio es verdadera y correcta.

REPORTE VERAZ: Usted declara que la información que da en la solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si a propósito da información que no es verdadera o no da toda la información que debe dar, usted y los solicitantes pueden recibir beneficios de salud que no deberían recibir. Si esto sucede puede ser penada legalmente por fraude y también puede ser obligada a devolver a Medicaid los gastos médicos que Medicaid ha pagado por usted erróneamente.

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: Usted entiende que la información que nos da sobre usted y los solicitantes será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a hacerlo y a permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL: Usted entiende que los números de seguro social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para decidir si usted y/o los solicitantes son aptos para Medicaid.

PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE: Usted entiende que al aceptar Medicaid, el Departamento tiene derecho al dinero que usted reciba de otras fuentes como de compañías de seguros o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid ha pagado por usted y los solicitantes.

REPORTANDO CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe Medicaid se mueve fuera del estado; 2) si alguien viene o se va del hogar; 3) cambios en el lugar donde vive o recibe su correo; 4) cambios en su seguro de salud privado y las mensualidades; 5) cambios en los ingresos; 6) cambios en los bienes poseídos por cualquiera de los beneficiarios de Medicaid que son discapacitados o mayores de 65 años; y 7) si el embarazo termina.

ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted comprende que Medicaid sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita. Nosotros enviaremos información sólo si los padres reciben Medicaid.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

DERECHO A UNA APELACIÓN: Usted comprende que puede pedir una audiencia si piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o es tomada muy tarde.

NO DISCRIMINACIÓN: Usted comprende que Medicaid no puede tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que se ha hecho, puede llamar a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349

OTROS SERVICIOS: Usted entiende información sobre WIC, KIDMED, y otros servicios de Medicaid se le enviarán a las personas que reciben Medicaid.

REGLAS DE RECUPERACIÓN DE PROPIEDAD PARA AQUELLOS QUE RECIBEN SERVICIOS DE MEDICAID COMO HOGAR DE CUIDADOS CONSTANTES, HOGAR DE GRUPO, Y SERVICIOS EN LA CASA O EN LA COMUNIDAD:

Usted comprende que las reglas de recuperación de propiedad requieren que el departamento recupere los costos de ciertos pagos de Medicaid de la propiedad del solicitante. Estos costos incluyen el total de los pagos por servicios en la institución, cuidados de hospital, pagos a proveedores de HCBS o PACE, y medicinas recetadas recibidas a la edad de 55 años en adelante. La propiedad son los bienes poseídos al momento del fallecimiento. El departamento no reclamará la propiedad mientras que el solicitante o su esposo/a legal estén vivos. El departamento tampoco hará un reclamo si el solicitante tiene dependientes menores de 21 años de edad, ciego/a, o discapacitado. La recuperación de este dinero puede no ser realizada si no es económicamente eficaz para el departamento hacerlo, o si los herederos solicitan una excepción por falta de recursos luego del fallecimiento del solicitante. Una falta de recursos existe si la propiedad es la única fuente de recursos de los herederos, si los recursos son limitados, o si existen otras situaciones convincentes.



USTED DEBE FIRMAR ABAJO



Firme aquí: _____ Fecha _____

Firma del esposo/a aquí (si está solicitando): _____ Fecha _____

Si Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.

_____ Fecha _____

Comentarios del solicitante o del representante de Medicaid:

La persona que hizo comentarios firme aquí: _____ Fecha: _____

Envíenos los siguientes comprobantes

Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso)

Si usted no es ciudadano/a de los Estados Unidos envíe copias de las tarjetas de residencia permanente (green cards) u otros documentos de la Oficina de servicios de migraciones de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Si usted no nació en Louisiana **Y** nunca ha recibido beneficios de discapacidad de la Oficina del seguro social, Ingreso de seguridad suplemental (SSI), o Medicare, envíenos comprobantes de ciudadanía de los Estados Unidos como: acta de nacimiento, souvenir del acta de nacimiento del hospital, pasaporte de los Estados Unidos, o papeles de adopción. **Si usted no tiene ninguno de estos documentos, pregúntenos sobre otros papeles que puede utilizar.**

Talones de cheques del último mes que muestren el salario bruto (antes de los impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de los impuestos del último año y las secciones (schedules) adjuntas – **para usted, su esposo/a y (si es menor de 19 años) para sus padres que viven con usted.**

Comprobantes de ingresos brutos (antes de impuestos) de beneficios de veterano, compensación de trabajadores (worker's comp), manutención marital, y cualquier otro ingresos que no sea de un trabajo. Los comprobantes podrían ser cartas de concesión y formulario de impuestos 1099 del año pasado – **suyo, de su esposo/a, y (si es menor de 19 años) de sus padres que viven con usted.**

Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a usted, su esposo/a, o a sus hijos

Comprobantes y valor de los bienes que posee, como cuentas de banco, cuentas de retiro, seguro de vida/entierro, contratos de entierro acordados previamente, o algo más. Ejemplos: estados de cuenta bancaria, pólizas de seguro, contratos de entierro, bonos de ahorro, certificados de acciones, documento de fideicomiso, documentos de sucesión

Comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería. Comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados.

Orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar. **Si se paga a través de la oficina de Support Enforcement Services de Louisiana, no tiene que enviar comprobantes – díganos.**

Si se necesita cobertura de Medicaid para los tres meses antes de la solicitud, envíe comprobantes de ingresos para esos meses.

Si la/o han examinado en el programa de detección temprana y fue diagnosticada/o con cáncer de pecho o de cuello uterino, envíe comprobantes de los resultados.

Por favor envíe o lleve esta solicitud y los comprobantes a su oficina local de Medicaid inmediatamente. Si no tiene todos los documentos que necesitamos, envíelos más tarde. Si necesita la dirección o el número de fax de la oficina de Medicaid más cercana, llame gratis al 1-877-252-2447, o si es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.